



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO  
**SICILIA 2020**  
 PROGRAMMA OPERATIVO



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO - ASSISTENZIALE DA COVID-19  
 AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
 DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020**

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE  
 E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

**AI COMUNE di TUSA**  
**Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
 residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, Codice Fiscale  
 \_\_\_\_\_, Tel/Cell \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, PEC  
 \_\_\_\_\_), **nella qualità di intestatario della scheda anagrafica del proprio**

**nucleo familiare**, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali,

**DICHIARA**

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del **08/04/2020** del Comune di Tusa, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente:

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di :

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| A | <input type="checkbox"/> | non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;  |
| B | <input type="checkbox"/> | non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);  |
| C | <input type="checkbox"/> | (in alternativa al punto B) essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € _____; |

## **AVVERTENZE:**

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, superano i seguenti parametri economici:

- 300,00 € per un nucleo composto da una sola persona;
- 400,00 € per un nucleo composto da due persone;
- 600,00 € per un nucleo composto da tre persone;
- 700,00 € per un nucleo composto da quattro persone;
- 800,00 € per un nucleo composto da cinque o più persone.

Le risorse sono destinate "prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito dei cittadini", di cui alle precedenti lettere A e B.

- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

| N | Cognome e nome | Codice fiscale | Luogo e data di nascita | Residenza | Parentela |
|---|----------------|----------------|-------------------------|-----------|-----------|
| 1 |                |                |                         |           |           |
| 2 |                |                |                         |           |           |
| 3 |                |                |                         |           |           |
| 4 |                |                |                         |           |           |
| 5 |                |                |                         |           |           |
| 6 |                |                |                         |           |           |

tra i componenti del nucleo familiare, individua quelli indicati ai precedenti punti n. .... quali soggetti da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro da intraprendere a cura dell'Amministrazione Regionale.

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale, fin d'ora comunque,

## **CHIEDE**

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di

**BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE, UTENZE IVI INCLUSE LE BOMBOLE DEL GAS E CANONE DI LOCAZIONE DI PRIMA ABITAZIONE, LIMITATAMENTE ALLE SUPERFICI ALLE SUPERFICI ABITATIVE)**

come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole che l'utilizzo di tali buoni per acquisti non conformi alle misure di sostegno emergenziali comporterà la decadenza dal diritto ad ulteriori buoni spesa.

## **DICHIARA**

- di assumere l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.
- di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.
- di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti
- di essere informato, ai sensi e per effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Tutela della Privacy
- di autorizzare il Comune di Tusa al trattamento dei dati personali e sanitari conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e la trasmissione a figure professionali ed enti coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste;
- di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e sanitari;
- di impegnarsi a comunicare mensilmente eventuali variazioni nello stato di disagio all'Ufficio Servizi Sociali, e di essere a conoscenza che la mancata comunicazione comporterà la sospensione del beneficio.

L'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari è obbligatoria per il conseguimento dell'intervento richiesto.

Tusa li, .....

Firma \_\_\_\_\_

**E' NECESSARIO CONSEGNARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE ALLA EVENTUALE CONSEGNA DEI BUONI DA PARTE DEL PERSONALE COMUNALE.**

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del sottoscritto/a

\* La firma non deve essere autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente/Ufficio che ha richiesto la dichiarazione.  
- Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.  
- Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del DPR 445/2000.

**INFORMAZIONI DETTAGLIATE ALLEGATE ALL' Istanza  
DI INTERVENTO SOCIO ASSISTENZIALE  
ACCESSO A BUONI SPESA PER STATO DI NECESSITA'  
PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

RESIDENZA IN VIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**1. NEL NUCLEO FAMILIARE:**

a). sono presenti componenti con disabilità o in situazione di non autosufficienza?

SI      ETA' \_\_\_\_\_

NO

b) sono presenti minori di tre anni?

SI numero: \_\_\_\_\_

NO

c). sono presenti soggetti per i quali è prescritto obbligo di diete alimentari particolari?

SI

NO

**2. IL RICHIEDENTE È GIÀ CONOSCIUTO/IN CARICO AL "SERVIZIO SOCIALE E/O ALTRI ENTI ASSISTENZIALI"?**

SI – con le seguenti modalità:

NO \_\_\_\_\_

**3. LA SITUAZIONE ABITATIVA È, CON RIFERIMENTO ALL'ANNO IN CORSO, LA SEGUENTE:**

abitazione di proprietà

di pagare una rata mensile di mutuo pari a euro \_\_\_\_\_

abitazione in locazione:

Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale pubblica (ERP) e di pagare un canone mensile di euro \_\_\_\_\_

Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale privata e di pagare un canone mensile di affitto di euro \_\_\_\_\_

Di abitare in un alloggio in comodato d'uso;

**4. IL RICHIEDENTE O ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO SONO ATTUALMENTE BENEFICIARI DI "CONTRIBUTI ECONOMICI"**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> · Reddito di cittadinanza:                       | <input type="checkbox"/> NO            | <input type="checkbox"/> SI € _____    |
| <input type="checkbox"/> · Naspl (indennità mensile di disoccupazione):   | <input type="checkbox"/> NO            | <input type="checkbox"/> SI € _____    |
| <input type="checkbox"/> · Indennità di Mobilità:                         | <input type="checkbox"/> NO            | <input type="checkbox"/> SI € _____    |
| <input type="checkbox"/> · Cassa integrazione:                            | <input type="checkbox"/> NO            | <input type="checkbox"/> SI € _____    |
| <input type="checkbox"/> · Pensione:                                      | <input type="checkbox"/> NO            | <input type="checkbox"/> SI € _____    |
| <input type="checkbox"/> · Pensione di invalidità:                        | <input type="checkbox"/> NO            | <input type="checkbox"/> SI € _____    |
| <input type="checkbox"/> · Bonus € 600,00:                                | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input checked="" type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> Contributi erogati dal Comune a qualsiasi titolo | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input checked="" type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> · Altro (specificare): _____                     |  |  |

**5. IL RICHIEDENTE SVOLGEVA ATTIVITÀ OCCASIONALI**

- SI - Fino al \_\_\_\_\_ con la mansione di \_\_\_\_\_
- NO

**6. ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO SVOLGEVANO LAVORI OCCASIONALI**

- SI - Fino al \_\_\_\_\_ con la mansione di \_\_\_\_\_
- NO

**7. LA SITUAZIONE LAVORATIVA/REDDITUALE È LA SEGUENTE:**

- Occupato in qualità di \_\_\_\_\_ presso la Ditta \_\_\_\_\_
- Occupato in qualità di libero professionista/lavoro autonomo: \_\_\_\_\_
- di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa emergenza sanitaria da coronavirus (rientra anche la sospensione dei tirocini formativi);
- di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa chiusura/sospensione attività autonoma determinata da emergenza coronavirus
- di essere inoccupato dal \_\_\_\_\_
- di essere disoccupato dal \_\_\_\_\_

- di aver percepito nei mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro una retribuzione netta mensile pari ad €: \_\_\_\_\_;
- Di essere in cassa integrazione a causa dell'emergenza COVID-19 e di percepire un importo mensile di € \_\_\_\_\_;
- di possedere un patrimonio mobiliare (conto corrente, fondi, azioni ecc.,) di euro \_\_\_\_\_;
- di percepire un assegno mensile di mantenimento(separazione) pari a € \_\_\_\_\_;
- Il richiedente o altri membri del nucleo sono titolari di disponibilità liquide bancarie/postali, depositi o titoli facilmente disinvestibili alla data di presentazione della richiesta, inferiori a € 5.000,00

SI

NO

Tusa li, \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_